

## Die Versorgungskette „Rund um die Schwangerschaft und Geburt“

### 1. Analyse der Versorgungsstrukturen

#### Ambulante Versorgungsstrukturen

- **Schwangerschaftsberatungsstellen inkl. Schwangerenkonfliktberatung:** 11 staatlich anerkannte Beratungsstellen, 1 nicht staatlich anerkannte Beratungsstelle, derzeit ausreichende Beratungskapazitäten
- **Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen:** Anzahl, die dem RGU bekannt ist: ca. 250; Versorgung ausreichend, abgesehen von einzelnen Stadtteilen mit wenigen oder weniger werdenden Praxen (insb. München Norden).
- Möglichkeit zum **Schwangerschaftsabbruch:** lt. Regierung von Oberbayern verfügen in der LHM 56 Einrichtungen über eine Erlaubnis zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen nach Art. 3 des Bayerischen Schwangeren Hilfeergänzungsgesetzes (davon 5 Kliniken- 2 davon eingeschränkt auf § 218a Abs 2 („früher med. Indikation“))
- **Hebammen (ambulant tätig):**
  - Anzahl der Hebammen, die laut Hebammenbefragung in München arbeiten und dem RGU bekannt sind: ca. 565
  - Versorgung nicht ausreichend, insbesondere während der Zeit des frühen Wochenbettes und in den Schulferien
  - späte Schwangerschaft bzw. Schwangerschaft allgemein: nur ca. 50 % erhalten Schwangerenvorsorge, insbesondere zu wenige Migrantinnen und Frauen mit Fluchthintergrund
  - zwei freiberuflich tätige Hebammen leisten Vor- und Nachsorge in den Flüchtlings-Erstaufnahmeeinrichtungen
  - Derzeit eine beim RGU angestellte Familienhebamme in der Schwangerenberatung und eine angestellte Familienhebamme im Flüchtlingsbereich
  - Ambulante Geburt in der Klinik: nach Rückmeldungen aus der Praxis wenig verbreitet
  - in ca. 2 % der Geburten außerklinische Geburtshilfe (Geburtshaus, Hausgeburt) Hintergrund: Es besteht in Deutschland eine gesetzlich zugesicherte Wahlfreiheit bei der Wahl des Geburtsorts (§ 24f SGB V)
  - niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte: entsprechend der Bedarfplanungsrichtlinie ist München mit Kinderärztinnen und Kinderärzten überversorgt (Versorgungsgrad beträgt zum Januar 2014 132%), dennoch sind regionale Ungleichverteilungen in den Stadtteilen feststellbar, (Norden, Südosten).
- Versorgung von Frauen mit **Wochenbettdepressionen:** Es existiert eine Clearingstelle bei der Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein e.V., ansonsten liegen dem RGU keine Daten vor. In der Hebammenbefragung 2011/12 gaben die Hebammen an, unter den betreuten Frauen seien ca. 13% Frauen mit vorwiegend psychischer Belastung gewesen. In der Mütterbefragung 2013 gaben 19% der Frauen an, nach der Geburt öfter traurig gewesen zu sein; 3% berichteten von schweren Depressionen.

Stationäre Versorgungsstrukturen:

- **Pränatal (Intensiv)- Stationen:** dem RGU liegen derzeit keine Daten, keine Bewertungen und keine Entwicklungen für München vor
- stationäre Entbindung:
  - ca. 98% aller Münchnerinnen
  - die Kliniken sind sehr hoch ausgelastet bis überlastet
  - 11 Kliniken mit 40 Kreißsälen
  - Wöchnerinnen-Stationen: 360 Betten; lt. Krankenhaus-Plan in GuG 516 Betten
  - siehe auch Dokumentation des Fachgespräches vom 10.06.2015 im Anhang (s.o.)
- **Neonatologie:**
  - laut Bayerischem Krankenhausplan 71 neonatologische Intensivbehandlungsplätze mit und ohne Durchführung des Neugeborenennotarztdienstes
  - weitere Daten liegen dem RGU nicht vor

Weitere Themenfelder, die noch beantwortet werden müssen:

- Einflussfaktoren, die kurz-, mittel- und langfristig auf die Versorgungskette „Rund um die Schwangerschaft und Geburt“ wirken
- Entwicklung der ersten evidenzbasierten S3-Leitlinien für normale Geburt und Kaiserschnitt ist bis Ende 2016 geplant. Es ist damit zu rechnen, dass sich dadurch die Gebühren in Richtung einer Besserstellung der normalen Geburt gegenüber der Kaiserschnittentbindung verändern wird, denn neuere Studien gehen von einer (lebens-)langen höheren Morbidität von mit Kaiserschnitt entbundenen Kindern aus.
- Gesellschaftlich, gesundheitspolitisch- gesetzgeberisch, demografisch, berufspolitisch: Veränderung der Berufsbilder, im stationären Bereich: Fallzahlentwicklung, Vergütungen im ambulanten und stationären Bereich, Veränderungen der Ansprüche von Frauen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt, Arbeitsmarkt/ Wohnungsmarkt, Umland München

*2. Strategiediskussion*

- Was wird in München kurz-, mittel- und langfristig benötigt, um die Versorgung sicherzustellen?
- Was kann die Landeshauptstadt München konkret dafür tun?
- Wie kann für alle schwangeren Frauen und deren Familien das Versorgungssystem zugänglich gemacht werden? Wer benötigt Unterstützung?

Die Strategiediskussion zu den Themen Versorgung durch Hebammen und Geburt hat mit dem Fachgespräch am 10.06.2015 begonnen, ist aber noch nicht abgeschlossen. Die Themen der pränatalen Versorgung, Maßnahmen zur Senkung der Frühgeburtlichkeit, Neonatologie und Versorgung durch Kinderärztinnen und Kinderärzte sind noch nicht ausreichend besprochen und müssen in die weitergehende Strategiediskussion einfließen.

*3. Commitment*

Im Anschluss an das Fachgespräch „Versorgungssituation in der Münchner Geburtshilfe“ vom 10.06.15 werden Lösungen für den Versorgungsmangel entwickelt und Qualitätsverbesserungen in der Geburtshilfe angestrebt und in einem Münchner Netzwerk zur Geburtshilfe diskutiert.

*4. Monitoring/ Controlling*

Auf Grund einer fehlenden IT-gestützten Datenbank sind die derzeit vorliegenden Ergebnisse der Versorgungsstrukturanalyse nicht in einer digitalisierten Form erfasst, die ein durchgehendes IT-gestütztes Monitoring und Controlling zulassen.

Die dargestellte Versorgungskette „Rund um die Schwangerschaft und Geburt“ zeigt auf, wie komplex die Erfassung von Daten, wie umfangreich die anschließende Strategiediskussion und das Commitment ist. Die notwendigen Arbeitsschritte sind sehr umfangreich und die Vernetzungsarbeit mit den Leistungsträgern und Leistungsanbietern muss für die vorliegende Versorgungskette weiter ausgebaut werden.